
ORIGINAL

Gestión integral del área de urgencias y coordinación con atención primaria

PEDRO GARCÍA BERMEJO, JOSÉ MÍNGUEZ PLATERO, JOSÉ LUIS RUIZ LÓPEZ,
JAVIER MILLÁN SORIA*, CARLOS TRESCOLI SERRANO**, ELISA TARAZONA GINÉS****

*Servicio de Urgencias. Hospital de la Ribera. Valencia, España. **Servicio de Urgencias. Hospital Lluís Alcanyiz. Valencia, España. ***Dirección Área Médica. Hospital de la Ribera. Valencia, España. ****Gerencia. Hospital de La Ribera. Valencia, España.

CORRESPONDENCIA:

José Mínguez Platero
Servicio de Urgencias
Hospital de la Ribera
Ctra. de Corbera, Km. 1
46600 Alzira, Valencia, España
E-mail: jminguez@hospital-ribera.com

FECHA DE RECEPCIÓN:

30-10-2006

FECHA DE ACEPTACIÓN:

4-9-2007

CONFLICTO DE INTERESES:

Ninguno

Objetivo: Valorar el impacto que tiene un modelo único de gestión que integra las distintas áreas de urgencias de un Departamento de Salud sobre la actividad de un servicio de urgencias hospitalario (SUH), así como la repercusión de la creación de un centro de salud integrada (CSI) que actúa como eslabón intermedio entre la asistencia urgente que se presta en los puntos de atención continuada (PAC) y el SUH.

Método: Se estructurarán dos subestudios en el ámbito del Departamento de Salud en el periodo de dos años a partir de abril de 2003. En primer lugar, estudio descriptivo de los distintos elementos para avanzar hacia un sistema integrado de prestación de servicios urgentes. En segundo lugar, la valoración de la implantación del CSI (estudio evaluativo antes-después).

Resultados: Tras la creación del Centro de Salud Integral (CSI) se observa un descenso de asistencia en el SUH de pacientes de su zona de influencia (30%). El descenso directamente se corresponde con el porcentaje de aumento que ahora acude inicialmente al CSI (34%). Se observa inversión en la curva de crecimiento de asistencia urgente hospitalaria (116.085 personas durante 2005 frente a una estimación de 135.000).

Conclusiones: La gestión única de los servicios asistenciales conlleva un mejor aprovechamiento de los recursos en la búsqueda de satisfacer las necesidades actuales del usuario. [Emergencias 2008; 20: 8-14]

Palabras clave: Integración. Urgencias. Gestión única.

Introducción

En la Comunidad Valenciana se implantó el día 1 de enero de 1999 el primer modelo de concesión administrativa en un servicio sanitario público. Se realizó en el Departamento de Salud 11, en la comarca de La Ribera. Así pues, el modelo de concesión administrativa denominado "Modelo Alzira" se inicia con la puesta en marcha del Hospital de La Ribera y se consolida con la integración de la Atención Primaria (AP) en abril de 2003, pasando la empresa concesionaria a gestionar la atención pública sanitaria integral de los 247.000 habitantes que residen en los 29 municipios que abarca dicho Departamento de Salud y de una población flotante anual en torno a unos 60.000 habitantes. Las características del nuevo modelo constituyen una refundación. Así, el hospital desaparece en su concepción actual y se integra en una nueva orga-

nización conjunta que fusiona todos los niveles asistenciales del Departamento. Con la integración de niveles asistenciales, el hospital deja de ser el eje fundamental, y la organización pasa de gestionar servicios especializados a gestionar el conjunto de servicios de salud de un Departamento¹.

La labor asistencial del Departamento de Salud 11 se desarrolla en 11 centros de salud, 18 consultorios permanentes y 12 consultorios estacionales (verano), además, obviamente, del Hospital de La Ribera. Los recursos humanos (facultativos) del Departamento consistían: en el SUH 27 facultativos más 1 coordinador contratados por la UTE (Unión temporal de Empresas que gestiona el departamento) más 6 facultativos, que dependen de la *Conselleria de Sanitat* (aunque funcionalmente es el responsable del SUH quien gestiona todos estos recursos). En atención primaria, distribuidos entre todas las zonas básicas hay 46 facultativos dependientes de

UTE y 148 dependientes de la *Conselleria de Sanitat*.

Como primera fase del proyecto de integración la organización ha desarrollado numerosas actuaciones de mejoras estructurales en los diferentes centros de Atención Primaria (AP) del Departamento y que puedan representar una mejora en la utilización de los Servicios de Urgencias Hospitalarias^{2,3}. En los centros de salud existían 10 puntos de atención continuada (PAC) donde, en la situación previa, se daba la asistencia urgente en AP. Estos PAC han sido informatizados y se ha instalado el mismo sistema de información que opera en el servicio de urgencias del hospital (SUH). Esto supone una gran ventaja para el ciudadano, ya que esta información que el médico del centro de salud introduce en el sistema pasa a formar parte de la historia clínica que se utiliza en el Hospital de La Ribera, lo que mejora la comunicación y la coordinación entre distintos niveles de atención. La labor asistencial en los PAC la suelen realizar de 1 a 2 facultativos, un/a enfermero/a y un/a administrativo/a; el horario es de 15:00 a 08:00 hrs.; los recursos técnicos son variados pero al tiempo limitados (carencia de zonas de radiología y observación); y la actividad asistencial tiene lugar tanto en el centro de salud como en el domicilio del paciente. El siguiente eslabón asistencial urgente lo constituye el SUH del hospital de referencia, el Hospital de la Ribera, que se ubicó en Alzira por motivos estratégicos de localización. También se dispone de tres unidades móviles de Servicio de Asistencia Médica Urgente (SAMU) y de diversos Soportes Vitales Básicos (SVB). Con ello se establecían un primer momento dos círculos de atención urgente a la población. La intervención realizada durante los últimos años ha consistido en definir un tercer cinturón de atención urgente (Figura 1), localizado entre el PAC y el SUH, y cuya labor la realizan los Centros de Salud Integrada (CSI) que se definirán más adelante. El presente trabajo describe los pasos llevados a cabo para el desarrollo del proyecto y los resultados obtenidos.

Material y método

Organización inicial de la asistencia urgente

Nos planteamos el guión para el plan de actuación en urgencias que se muestra en la Figura 2, y que a continuación se describe.

Integración de Recursos Humanos (RR.HH.): la integración de los profesionales de AP se realizó mediante programas de inmersión de dichos profesionales en el SUH donde realizaron labores asistenciales y 1-2 guardias al mes. También se realizó

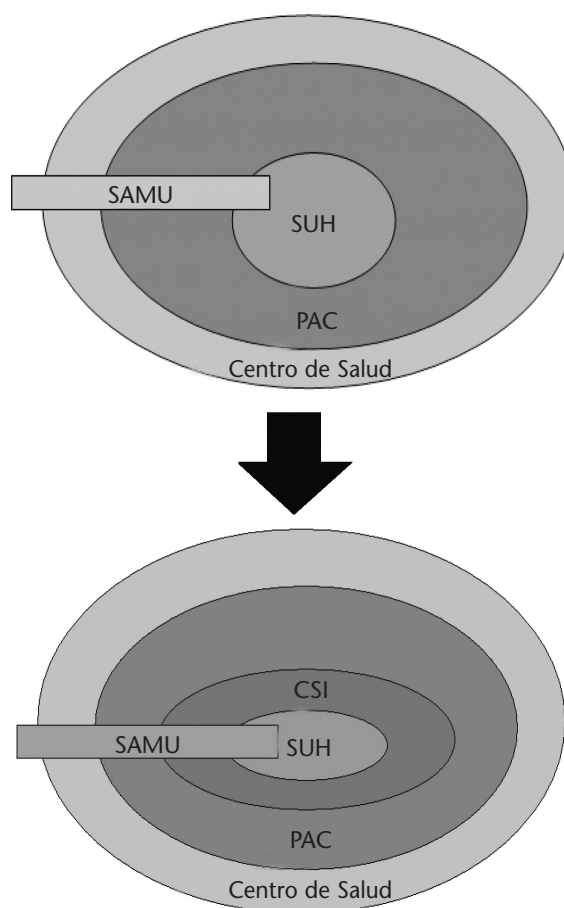


Figura 1. Círculos de atención en el año 2003 (arriba) y en el año 2007 tras la implantación del tercer cinturón de asistencia urgente (abajo). SAMU: Servicio de Asistencia Médica Urgente. PAC: Puntos de atención continuada. SUH: Servicio de Urgencias del Hospital. CSI: Centro de Salud Integrados.

un intercambio entre médicos de PAC y médicos del SUH. Los objetivos son alcanzar una atención asistencial continua, mejorar el conocimiento de los diferentes niveles de la atención que componen la organización, mejorar la capacitación de los profesionales, desarrollar protocolos comunes y establecer incentivos en base a objetivos comunes⁴. A ello se llegará mediante una plantilla del SUH y una continuidad en la atención urgente del Departamento, integrando a profesionales tanto de Hospital como de AP. Actualmente son 22 de 46 (49%) los médicos de AP que realizan guardias en el SUH de una manera asidua. A la vez, se ha producido una salida de parte del personal del SUH a los equipos de AP; concretamente 15 en los 2 últimos años (47%). Además, con la finalidad de conseguir un mayor nivel de integración, se ha procedido a que parte del SUH (25 de los 32 de los facultativos de la planilla: 78%) desarro-

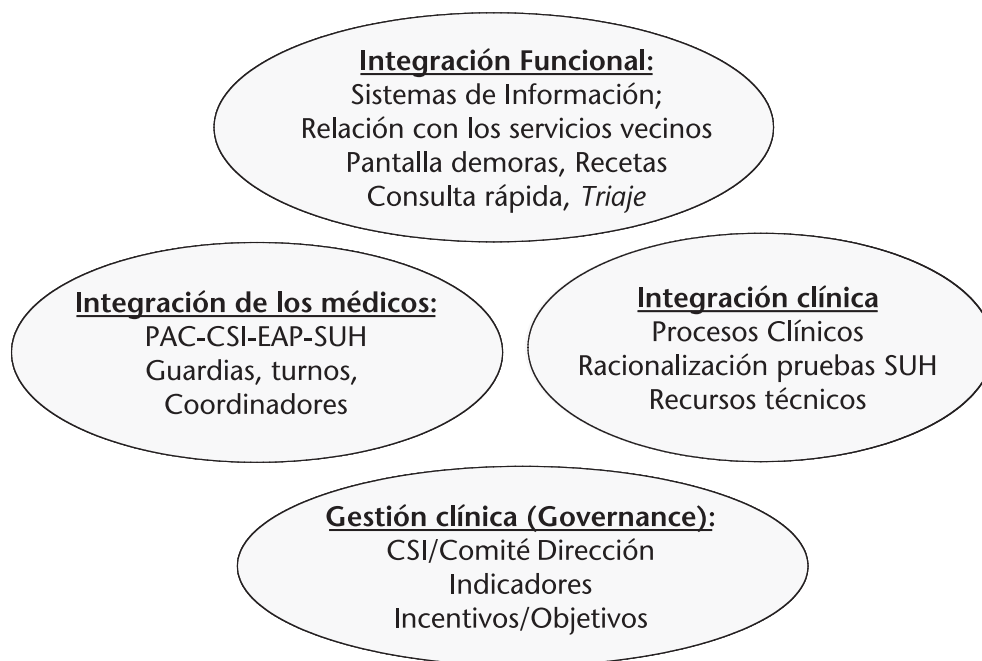


Figura 2. Elementos para avanzar hacia un sistema integrado de prestación de servicios urgentes. PAC: Puntos de atención continuada. CSI: Centro de Salud Integrados. EAP: Equipos de Atención Primaria. SUH: Servicio de Urgencias del Hospital.

lle alguna consulta o realice guardias en AP. Este flujo bidireccional entre SUH y AP debería interpretarse como una promoción por parte de los profesionales de ambos colectivos⁵. Finalmente, otro punto importante dentro de la integración de los recursos humanos consiste en la elaboración de planes de formación. Durante el 2005 se llevaron cursos por parte, principalmente, de personal del SUH para el personal del PAC y equipos de AP en reanimación cardiopulmonar (RCP) básica y utilización del desfibrilador automático (DEA) al que asistieron 140 profesionales, tanto personal facultativo como de enfermería.

Integración funcional: los 10 PAC han sido informatizados y se ha instalado el mismo sistema de información que opera en el SUH. Ello permite a los profesionales de los PAC consultar la historia del paciente y a su vez introducir nuevos datos creando lo que se llama un nuevo "episodio de Urgencias" que pasan a formar parte de la historia clínica que se utiliza en el SUH. Por otro lado, el sistema de *triaje* utilizado en el SUH se basa en los modelos canadiense y australiano de clasificación, de 5 niveles, que optimiza el lapso de tiempo que transcurre desde que el paciente llega a urgencias y es valorado por el médico que le atenderá (Tabla 1). Para que la patología de menor nivel de gravedad (P5) que se puede atender y desarrollar en otros niveles asistenciales (nivel

extrahospitalario) no interfiriese con la atención del paciente no demorable o grave, se creó una consulta de rápida resolución en el propio SUH ofreciendo al usuario que era visto en esta consulta la misma atención que se le podía ofrecer en un PAC. La actividad asistencial y los tiempos de demora de todos los PAC del Departamento de Salud son conocidos en tiempo real. Esta información se facilita a los ciudadanos a través de un monitor dispuesto en la sala de espera del SUH. Esto puede contribuir a que los ciudadanos consideren la posibilidad de acudir a su centro de salud mientras esperan en el SUH, suponiendo una mejora de la calidad asistencial, en base a una rebaja del tiempo de espera⁶.

Integración clínica: con el objetivo de homogeneizar los circuitos de atención y facilitar la continuidad de los cuidados se crearon distintos grupos de trabajo multidisciplinar encaminados a la elaboración de procesos clínicos, adecuación de pruebas y derivaciones de una manera conjunta entre profesionales de distintos niveles asistenciales (AP-SUH-Atención Especializada). Ello permite establecer baremos y parámetros de control encaminados a una utilización de los procesos, de manera indistinta, en cualquiera de los niveles asistenciales⁷. Con respecto a la integración clínica en este tiempo se han producido la elaboración de guías como la del cólico nefrítico, dolor abdomi-

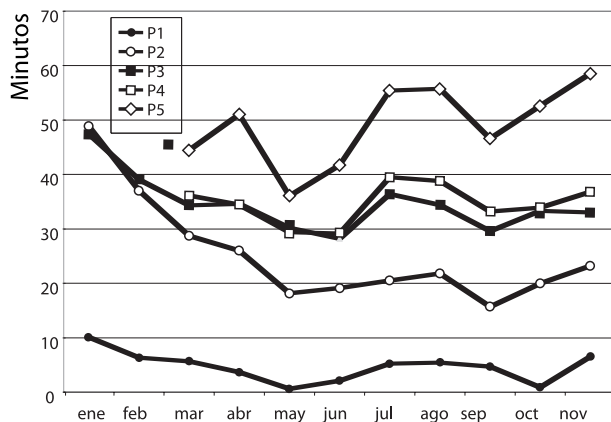


Figura 4. Tiempos de espera según prioridad de triaje.

especialistas (radiología, traumatología, cirugía...). Parte del personal de estos CSI pasarían por el SUH para una formación y familiarización con los procesos, protocolos y modos de actuación de dicho servicio. También se debe tener en cuenta que siete de los once médicos de los CSI (64% de la plantilla) han pertenecido o pasado por el SUH, lo cual

se enmarca en la política de integración de recursos humanos comentada anteriormente.

Queda así establecido un tercer cinturón asistencial urgente; mediante el PAC se solucionarían los problemas de baja gravedad y no debería de resultar una competencia para el equipo de AP. El CSI se encargaría de solucionar la patología de gravedad media con apoyo técnico *in situ* y, por último, el SUH que constituiría el último escalafón.

Análisis de resultados

Una vez establecidos los puntos e indicadores de gestión y dado el carácter de informatización de los centros mediante un modelo único, se procede a la recogida de datos mediante modelos estadísticos en los que se reflejan las asistencias en los distintos puntos de atención y valoración de los resultados. Los datos recogidos se corresponden en concreto con el funcionamiento del CSI de Sueca, que funciona desde abril del 2005. La valoración de las tendencias se ha realizado mediante el test de regresión lineal, y se ha aceptado que existía significación estadística cuando el valor de p fue inferior a 0,05.

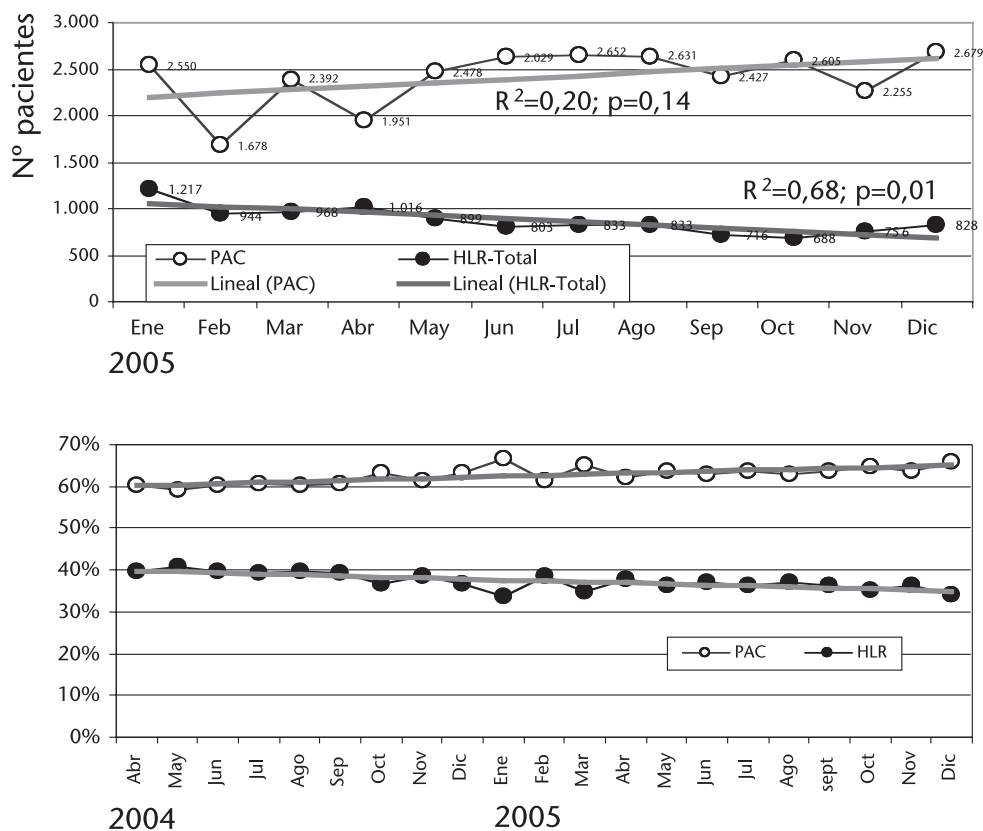


Figura 5. Atención urgente a población de Sueca (año 2005) en números absolutos (arriba) y en porcentajes (abajo) una vez puesto en marcha el centro de salud integrado. PAC: Punto de Atención Continuada. HLR: Hospital La Ribera.

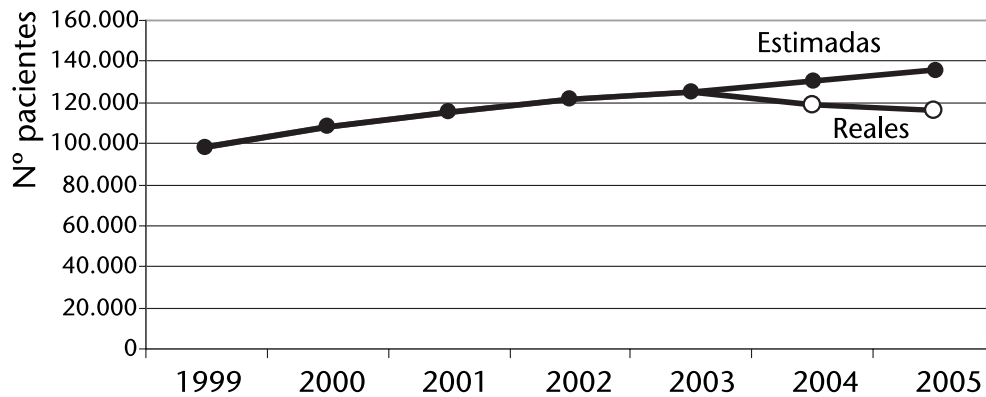


Figura 6. Curva asistencial respecto al total de urgencias hospitalarias del período 1999-2005. Para los años 2004 y 2005 se han dibujado el número de urgencias estimadas y las reales.

Resultados

Una de las mejoras observadas hace referencia a la implantación del sistema de *triaje*, ya que hemos observado que se ha ido produciendo un incremento paulatino de los pacientes que han pasado a la consulta de rápida resolución (P-5). Aún así, se ve una discordancia entre el porcentaje de pacientes seleccionados como P-5 en nuestro sistema de *triaje* (17%) y la bibliografía clásica (en el que se manejan cifras en torno al 30-40%). Los tiempos de espera para cada nivel se presentan en la Figura 4.

La creación del CSI ha conllevado una tendencia al descenso de la asistencia en el SUH, que alcanza un 30% en el último año y medio del estudio ($p=0,14$; Figura 5). El descenso se corresponde directamente con el porcentaje de aumento (34%) que ahora acude en primer lugar al CSI ($p=0,01$, Figura 5), con lo que tras la integración con AP se ha conseguido una inversión de la curva de crecimiento de la asistencia al centro hospitalario, que refleja la positividad del sistema en una política correcta de integración de niveles (Figura 6).

Discusión

Desde 2003, cuando se instauró la gerencia única del Departamento, hasta 2005 se ha producido una reducción del 6,5 por ciento de las urgencias hospitalarias¹. Si modificamos la fecha de referencia y la situamos en el momento en que todos los PACs comenzaron a trabajar con el módulo de urgencias del SIAS (sistema informático que utilizamos para la gestión clínica en nuestro Departamento de Salud) –junio de 2004– la cifra

sube un punto más hasta el 7,5 por ciento. El descenso que ha experimentado el número de pacientes de la zona básica motivo de estudio que acude al SUH es, justamente, el porcentaje de aumento que ahora acude en primer lugar al CSI.

Los CSI permiten acercar la atención al paciente, además de poner en manos de los profesionales de AP primaria más medios y recursos para el correcto diagnóstico, ello conlleva un aumento de satisfacción por parte del usuario^{3,7,9}. Igualmente, la informatización de los PACs ha tenido mucho que ver con esta buena evolución de la asistencia. Uno de los pilares de la continuidad asistencial reside precisamente en los sistemas de información^{10,11}. El de reducir el volumen de burocracia y contar con una dotación tecnológica que permite el diagnóstico de un abanico de patologías a las que antes no podían llegar por falta de medios permite a los médicos resolver más procesos.

La implantación de esta estrategia en la atención urgente ha supuesto una redistribución de las urgencias atendidas en el Departamento. Si analizamos los resultados se aprecia que el Departamento ha seguido una evolución similar a las urgencias del resto de la Comunidad Valenciana con un aumento aproximado del 4% de atenciones urgentes (tanto en el hospital como en AP), lo que hemos conseguido es que un porcentaje de las urgencias que acudían al Hospital y podían ser atendidas en AP, fueran atendidas en los puntos de atención urgente a nivel extrahospitalario.

La diferencia con otras experiencias recogidas en la literatura, como son el dispositivo de urgencias extrahospitalarias “calle Valencia” con el que cuentan en el Hospital Clínic o el “centro Perecamps” del Hospital de Mar, ambos en la ciudad de Barcelona, radica que en nuestro caso, intenta-

mos modificar los comportamientos de los usuarios, de tal forma que el paciente acuda directamente al centro más apropiado para la atención inicial de los procesos que presentan; en estos otros modelos, tras acudir el paciente al SUH, el paciente es derivado, si así se considera, a una unidad asistencial extrahospitalaria para la resolución del motivo de la urgencia.

Respecto a la repercusión que ha supuesto la implantación de *triaje* estructurado en cinco niveles, consideramos que es buena porque se ha ido produciendo una adecuación de tiempos de espera en relación a los del *triaje* anterior que se basaba en tres niveles, los cuales se han ido modificando en los últimos meses del estudio y, en la actualidad, los tiempos de espera se adecúan a los deseados (Tabla 1)^{7,8,11}. A pesar del incremento progresivo de asignación de pacientes al nivel 5 de gravedad, hemos observado que este porcentaje aún resulta inferior al que se describe en trabajos previos^{7,8,11}. La explicación viene dada porque hemos adaptado nuestro sistema de *triaje* a nuestro modelo organizativo y de trabajo, lo que ha conllevado que parte de la prioridad 5 de los sistemas habituales de trabajo sea interpretada como prioridad 4 (Figura 3).

Finalmente concluimos que la gestión única de los servicios asistenciales conlleva un mejor aprovechamiento de los recursos, mediante la flexibilidad de un sistema de coordinación y decisión única^{1,8}, además de la puesta en marcha de indicadores de calidad que satisfagan las necesidades actuales de los usuarios con la creación de encuestas y trabajos estadísticos y analíticos de los resultados del trabajo realizado en toda el área^{4,5}.

Bibliografía

- 1 Tarazona E, De Rosa A, Marín M. La experiencia del "Modelo Alzira" del Hospital de La Ribera a la Ribera-área 10 de salud: la consolidación del modelo. *Rev Adm Sanit* 2005;3:83-98.
- 2 Bolívar I, Balanzo X, Armada A, Fernández J, Foz G, Sanz E, et al. El impacto de la reforma de la Atención primaria en la utilización de servicios de urgencias hospitalarias. *Med Clin* 1996;107:289-95.
- 3 Tudela P, Modol J. Urgencias Hospitalarias. *Med Clin* 2003;118:711-6.
- 4 Arbusa I, Alfaro L, Zamora JJ. El sistema Nacional de Salud en el siglo XXI. La gestión de la calidad en la provisión de Servicios Sanitarios. *Rev Adm Sanit* 2005;3:431-46.
- 5 Gómez G, Cervera M. Mejora de la calidad asistencial en la Comunidad Valenciana. *Rev Calidad Asistencial* 2004;19:157-62.
- 6 Álvarez B, Gorostidi J, Rodríguez O, Antuña A, Alonso P. Estudio del triaje y tiempos de espera en un servicio de urgencias hospitalarios. *Emergencias* 1998;10:100-4.
- 7 Conesa A, Vilardeli L, Muñoz R, Casanellas JM, Torre P, Gelabert G, et al. Análisis y clasificación de las urgencias hospitalarias mediante los Ambulatory Patient Groups. *Gaceta Sanitaria* 2003;17:417-52.
- 8 García D. La provisión de servicios y la gestión de la demanda. *Rev Adm Sanit* 2005;3:477-86.
- 9 Jackson CJ, Dixon-Woods M, Hsu R, Kurinczuk JJ. A qualitative study of choosing and using an NHS Walk-in Centre. *Fam Pract* 2005;22:269-74.
- 10 Carbonell Torregrossa MA, Girbés Borrás J, Caldach Broseta JV. Determinantes del tiempo de espera en urgencias hospitalarias y su relación con la satisfacción del usuario. *Emergencias* 2006;18:30-35.
- 11 Jairod Pamias M, Carretero Bellón J, Closa Monasterolo R, Allué Martínez X. La densidad horaria de pacientes acumulados como indicador de saturación en urgencias. *Emergencias* 2006;18:215-218.
- 12 Miró O, Salgado E, Tomás S, Espinosa G, Estrada C, Martí C, et al. Derivación sin visita desde los servicios de urgencias: cuantificación, riesgos y grado de satisfacción. *Med Clin (Barc)* 2006;126:88-93.

Integral management in the emergency area and coordination with primary care services

García Bermejo P, Mínguez Platero J, Ruiz López JL, Millán Soria J, Trescoli Serrano C, Tarazona Ginés E

Aim: To assess the impact of a unique management model combining the different emergency areas included in a Department of Health on the activity of an emergency department (ED) and the results of developing a Center for Integrated Health (CIH) which acts as a link between emergency attention at continued attention points (CAP) and the ED.

Methods: Over a 2-year period from April 2003 to 2005 we performed two separate studies in the Department of Health. The first descriptive study evaluated different elements necessary to provide emergency assistance in an integrated system. The second study assessed the usefulness of the CIH (before-after study).

Results: The number of emergency department visits in the area of influence decreased by 30% in the ED since the Center for Integral Health (CIH) started to work. This percentage was equivalent to the increase in the number of visits to the CIH (34%). The emergency assistance curve of growth diminished from 135 000 patients in 2003 to 116 085 patients in 2005.

Conclusions: The unique healthcare management model improves the use of the available resources in order to satisfy the patient care needs. [*Emergencias* 2008; 20: 8-14]

Key words: Delivery of health care, integrated. Emergencies. Practice management, medical.